



Review Article / Derleme

Primary Care Approaches in Lip Palate Clefts and Prevention

Dudak Damak Yarıklarında ve Önlemede Birinci Basamak Yaklaşımları

Aslıhan Öztürk*¹

ÖZET

Doğum anomalileri, çocuğun ve ailesinin yaşamında önemli etkilere sahiptir. Dudak-damak yarıkları sık görülen doğum anomalilerindedir. Bu anomaliler, genetik ve çevresel faktörlerin etkisi ile meydana gelmektedir. Bu faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması oldukça önemlidir. Dudak-damak yarıklarının önlenmesinde ve tedavisinde multidisipliner çalışma gerekir. Birey, aile ve topluma danışmanlık hizmeti verilerek, risk altındaki gruplar tespit edilerek ve gebe olan veya gebelik planlayan kadınların takibi sağlanarak, dudak-damak yarıklı çocuğa sahip olma insidansı azaltılabilir. Her yaş grubundan ve cinsiyetten bireylerle sık karşılaşan birinci basamak çalışanları, dudak-damak yarıklarının oluşmasında rol oynayan risk faktörlerini azaltmaya, bu konuda toplumu bilinçlendirmeye ve dudak-damak yarığı olan çocukların bakımını sağlamaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Bu makalede, dudak-damak yarıklarında ve önlemede birinci basamak yaklaşımlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Dudak-damak yarıkları, birinci basamak, birinci basamak yaklaşımları

ABSTRACT

Birth anomalies have important implications for the life of the child and his / her family. Lip palate clefts are common birth anomalies. These anomalies are due to the effects of genetic and environmental factors. It is very important to identify these factors and remove them. Multidisciplinary work is required in the prevention and treatment of lip and palate clefts. The incidence of cleft lip and palate in children can be reduced by providing consultancy services to the person, family and society, by identifying groups at risk and by following women who are pregnant or planning pregnancy. Primary care staff, who frequently meet individuals of all age groups and sexes, should be involved in interventions aimed at reducing the risk factors that play a role in the formation of cleft lip and palate, raising awareness of the society and maintaining the care of children with lip palate clefts. In this article, it is aimed to determine primary care approaches in the lip palate clefts and prevention.

Key words: Lip palate clefts, primary care, primary care approaches

Received / Geliş tarihi: 23.03.2017, Accepted / Kabul tarihi: 17.07.2017

¹Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Aslıhan Öztürk, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara-TÜRKİYE

E-mail: asliozturk@ankara.edu.tr

Öztürk A. Dudak Damak Yarıklarında ve Önlemede Birinci Basamak Yaklaşımları. TJFMPC, 2017;11(3): 202-208

DOI: 10.21763/tjfm.336160

GİRİŞ

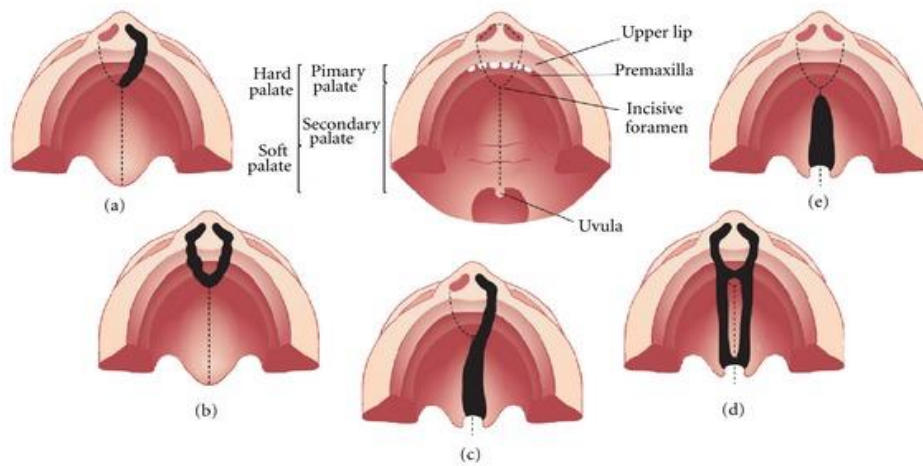
Doğum anomalileri, çocuğun ve ailesinin yaşamında önemli etkilere sahiptir.¹ Bu anomaliler arasında, yüksek görülme sıklığına sahip olan dudak-damak yarıkları, en sık görülen kraniofasiyal anomalilerdendir.² Türkiye’de dudak-damak yarığı insidansı 0.9/1000 olarak rapor edilmiştir.³ Asyalılarda 1/470-850, siyah ırkta 1/1370-5000 ve beyaz ırkta ise 1/775-1000 olarak tahmin edilmektedir.⁴ Dudak-damak yarıklarının görülme sıklığı, erkeklerde kadınlara oranla iki kat fazladır.⁵

Dudak-damak yarıkları, hem çevresel, hem de genetik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır.⁶ Dudak-damak yarıkları ile ilişkili, sık görülen anomaliler arasında Pierre Robin Sendromu, Klippel-Feil sendromu, Treacher-Collins sendromu, Goldenhar Sendromu, sindaktili, polidaktili, Apert sendromu, mikrognati ve hipospadias yer almaktadır.⁷

Gebeliğin, 17-30. günlerinde embriyoda nöral tüp oluşur ve kapanır. Nöral tüpten sonra omurilik, beyin ve kafatası gelişir. Nöral tüpün kapanmaması durumunda, nöral tüp defektleri meydana gelir.⁸ Dudak-damak yarıkları, intrauterin dönemde bebeğin üst çene kemiği ve ağız tavanını oluşturan yumuşak doku ve kemik dokuların kapanma kusuru nedeni ile ortaya çıkar. Dudak-damak yarıklarına neden olan gelişimsel anomaliler, gebeliğin 4-7. haftalarında, damak yarıklarına neden olan gelişimsel anomaliler ise, gebeliğin 7-12. haftalarında etkilerini göstermektedir.^{9,10} Yarıklar, deformitenin nerede olduğuna (dudak, alveol, sert damak, yumuşak damak), lateraliteye (tek taraflı sol, tek taraflı sağ veya çift taraflı) ve deformitenin ciddiyetine (kapsam ve genişlik) göre tanımlanır.¹¹ Dudak-damak yarıkları, fonksiyonel sorunlarının yanı sıra yüz görünümü sorunlarına da neden olmaktadır.¹²

Tablo 1. Yarık dudak-damağın risk gruplarında görülme sıklığı²

Risk Grubu	%
Genel toplum	0,08
Daha önce bir çocuğunda yarık dudak-damak olan normal anne babanın ikinci çocuğu	3,7
Anne babadan birinde yarık dudak-damak olması halinde ilk çocuk	4,04
Anne babadan birinde ve ilk çocukta yarık dudak-damak olması halinde ikinci çocuk	19,4
Daha önce iki çocuğunda yarık dudak-damak olmuş normal anne ve babanın üçüncü çocuğu	6
Anne ve babadan birinde yarık dudak-damak varken birinci çocuğun normal olması halinde ikinci çocuk	4
Normal anne babanın ilk çocuğunda başka anomalilerle birlikte yarık dudak-damak var ise ikinci çocuk	2



Şekil 1. Dudak-damak yarıklarının en yaygın görülen tipleri¹³

- Alveol tutulumu olan tek taraflı yarık dudak
- Alveol tutulumu olan bilateral yarık dudak
- Yarık damak ile birleştirilmiş tek taraflı yarık dudak
- Bilateral yarık dudak ve damak
- Sadece yarık damak

Dudak-damak yarıklı çocuklarda, doğumla başlayan ve yetişkinliğe kadar uzanan tedavi sürecinde, birçok branşı ilgilendiren prosedürler uygulanmaktadır. Tedavide çok yönlü bir planlama gereklidir. Tedavinin amacı; estetik, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçların tümünün karşılanması olmalıdır. Bu nedenle multidisipliner çalışma oldukça önemlidir. Tedavi, tıp ve diş hekimliğinin farklı branşlarını içine alan (genetik uzmanı, çocuk doktoru, plastik cerrah, odyolog, ortodontist, kulak burun boğaz uzmanı, pedodontist, dil ve konuşma terapisti, hemşire, çocuk psikologu, protez uzmanı vb.) bir ekibin beraber çalışmasıyla mümkündür.^{11,14} Tedavide öncelik, cerrahi onarım ve konuşma terapisi. Tedavi, ayrıca beslenmenin sağlanması için erken müdahale, diş bakımı ve ortodonti, işitme durumunun izlenmesi ve psikolojik hizmetleri içermektedir.¹¹ Plastik cerrah ve ortodontist, anatomik ve fonksiyonel bütünlüğü sağlarken, konuşma terapisti, sosyal çalışma uzmanı ve çocuk psikiyatristi gibi profesyonellerden oluşan ekip, deformitenin psikolojik ve sosyal boyutlarına yönelik tedaviyi sağlamaktadır.¹⁵ Dudak-damak yarıklarında cerrahi, bebeğin 3-18. ayları arasında yapılır.¹⁶ Tedavide, palatoplasti prosedürü uygulanır. Palatoplasti ile damak kapatılır, velofaringeal sfinkter yenilenir ve böylece konuşma ve diğer fonksiyonlar iyileştirilir.¹⁷

Doğum öncesi dönemde, dudak-damak yarıklarına yol açabilecek faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması, risk taşıyan üreme çağındaki kadımların ortaya çıkarılması ve doğum sonu dönemde multidisipliner bir ekiple tedavi, izlem, eğitim ve danışmanlık yapılması gereklidir. Birinci basamak çalışanları, birey, aile ve topluma eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri vermede önemli rol oynamaktadır. Bu durumun nedeni, birinci basamak çalışanlarının onlara en yakın sağlık profesyoneli olmalarından, hastayla yoğun iletişim kurmalarından kaynaklanmaktadır. Her yaş grubundan ve cinsiyetten bireyle, sık karşılaşan birinci basamak çalışanlarının, üreme sağlığını yükseltme, gebe izlemi ve çocuk izlemi yapma gibi sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları gereği, eğitim, rehberlik ve danışmanlık yapan birinci basamak çalışanları, bireylere gerekli olan durum ve konularda uzmanlık dallarına başvurularında önemli bir yol göstericidir. Bu nedenle, dudak ve damak yarıklarını önlemede ve bu çocuklarla karşılaşılması durumunda, birinci basamak çalışanlarının bilgi sahibi olması, yapılacak müdahalelerin ve yaklaşımların çerçevesini belirlemede önemlidir.

Doğum Öncesi Dönemde Birinci Basamak Yaklaşımları

Akraba evliliği, genetik hastalıkların epidemiyolojisini önemli oranda etkilemektedir. Akraba evliliği yapılan toplumda, anomalisi olan çocuk doğma riski daha yüksektir.¹⁸ Önceki gebeliklerinde, dudak-damak yarıklı bebek sahibi olanlar, soy geçmişinde dudak-damak yarığı olanlar ve izlemlerinde risk saptanan gebeler, mutlaka ayrıntılı şekilde bilgilendirilmelidir. Bu ailelerde, dudak-damak yarıklı çocuk doğurma riski daha yüksektir.^{19,20} Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri, akraba evliliklerinin sakıncalarını ve genetik faktörlerin etkisini topluma anlatmalı, riskli bireyleri genetik danışmanlık yapılması açısından ilgili birimlere yönlendirmelidir. Gebeliğin, 18-23. haftalarında tüm gebelere, ayrıntılı ultrasonografi yapılması önerilmelidir. Ayrıntılı ultrasonografi, yarık damak ve yarık dudak anomalileri gibi birçok anomalinin saptanmasını sağlar.²¹

Dudak-damak yarıklarının gelişiminde, annenin hipertermiye maruz kalması, aldığı ilaçlar, alkol ve sigara kullanması ve folik asit eksikliği gibi birçok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir.^{6,11} Bu nedenle, birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri, gebe izlemlerini sürdürürken eğitimler vermelidir. Mümkünse gebe kalmadan önce ve plansız gebeliklerde, gebelik öğrenilir öğrenilmez sigara ve alkol bırakılmalıdır.^{22,23} Kullanılan medikal ve bitkisel kaynaklı tüm ilaçlar, doktor denetimi ile kullanılmalı veya kesilmelidir.

Doğurganlık çağındaki kadınlar, diyetlerinde folik asit miktarını artırmalı, folik asit ve diğer vitaminlerle güçlendirilmiş tahıllı gıdalar tüketmelidir.²⁴ Gebe kalmadan 3 ay önce, bebekte oluşabilecek malformasyonları en aza indirmek için, folik asit desteği başlanmalı ve gebeliğin 10. haftasının sonuna kadar sürdürülmelidir.²⁵ Gebelik öncesi dönemde ve gebeliğin ilk aylarında folik asit takviyesi, dudak-damak yarıkları riskini azaltmaktadır.²⁶ Folik asit alımı, doğal besin kaynakları ile de desteklenmelidir. En iyi folik asit kaynaklı yiyecekler, yeşil yapraklı sebzeler, mantar, karaciğer, turunçgiller, kök sebzeler, sert kabuklu kuruyemişler, kuru baklagiller, tahıllar ve yumurta sarısı olarak sıralanabilir.^{27,28} Üreme çağında, folik asit kullanımı konusunda eğitimler verilmesi, birinci basamak çalışanlarının önemli bir rolüdür. Akkoca ve arkadaşları, üreme çağındaki 665 kadında yapmış oldukları çalışmalarında, kadınların %53.2'sinin gebe kalmadan önce folik asit kullanmadığını ve %46.92'sinin folik asidi hiç duymadığını saptamıştır.²⁹ Somunkıran ve arkadaşları, çalışmalarında gebelerin sadece %10,9'unun folik asit kullanmaya gebelik öncesi dönemde başladıklarını belirlemiştir.³⁰ Dudak-damak

yarıklarının önlenmesinde, planlı gebeliklerin gerçekleşmesi, olası riskleri azaltmaya yönelik önlemler alınmasını sağlayabilir.³¹

Doğum Sonrası Dönemde Birinci Basamak Yaklaşımları

Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri, doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek problemlerle baş etmede girişimlerde bulunmalıdır. Doğum sonrası dönemde, dudak-damak yarıklı çocuklarda ilk olarak ortaya çıkan ve öncelikle giderilmesi gereken en önemli sorun beslenme problemidir. Dudak-damak yarıklı çocuklarda, diğer çocuklarda olduğu gibi beslenme birinci önceliğe sahiptir. Spesifik fiziksel kısıtlamaları olan bu çocuklarda, cerrahi müdahale gerçekleşene kadar geçen dönemde, bebeğin normal gelişimine devam etmesi için beslenme ihtiyacının karşılanması önemlidir.² Dudak-damak yarıklı çocuklarda, burun boşluğu, ağız boşluğundan ayrılamaz, bu nedenle çocuklar emme için gerekli negatif basıncı oluşturulamazlar. Ayrıca, damak yüzeyleri bozuk olduğu için, çocuklar meme başını sıkıştırmakta güçlük çekerler. Bu nedenle, beslenme için bebeğin harcaması gereken efor artar, beslenme kalitesi azalır. Bebek, beslenme sırasında aşırı hava girişi, burun tıkanıklığı ve fazla enerji harcadığı için yorgunluk yaşar.¹¹ Yetersiz beslenme, bebeğin gelişimini etkilemekte, cerrahi uygulama için gerekli kiloya ulaşmasını engellemektedir. Bu nedenle, bebeğin kilo takibinin yapılması gerekmektedir. Bu bebeklerde beslenme, zamanı hem anne, hem bebek için oldukça uzun ve yorucu hale gelmektedir. Bu durum, bebeğin normal büyüme gelişmesinin sürdürülememesine neden olabilir.^{32,33}

Dudak-damak yarıklı bebeklerde, sadece emzirek besleme normal büyüme ve gelişme için yeterli olmayabilir. Bu nedenle, sağlanmış anne sütü veya hazır mamalar bebeğin ağızına iyice yerleştirilmiş uygun bir biberon ile bebeğin yutağına ulaştırılabilir.¹⁰ Bu bebekleri beslemenin en önemli amacı, bebeğe doğru miktarda besinin, yeterli sürede ve çok fazla hava yutmadan verilmesidir. Dudak-damak yarıklı bebeğin başarılı bir şekilde beslenmesi için farklı şekillerde biberonlara ihtiyaç duyulabilir. Biberon uçları her bebeğin ihtiyacını karşılamak için, şekil, boyut ve esneklik bakımından farklılık gösterebilir. Dudak-damak yarıklı bebeklerin kullanması için özel biberonlar bulunmaktadır. Bu biberonlar, az emiş gücü olan veya hiç emiş gücü olmayan bebeklerin kolay beslenmesini sağlamak amacıyla farklı şekil, boyut ve esneklikte tasarlanmıştır. Ayrıca bu bebekler annesi tarafından emzirilemiyorsa, anne bebek arasında bağ kurulması için anne desteklenmelidir.¹¹

Dudak-damak yarıklı bebeklerde başarılı beslenmeyi kolaylaştırmak için aşağıdakileri strateji ve teknikler kullanılabilir.^{34,35}

- Burun tıkanıklığını önlemeye yardımcı olmak için, beslenirken bebeği dik konuma getirmek
- Gerektiğinde çeneye ve yanağa destek sağlamak
- Uygun boyutta emzik kullanmak
- Emzik ucunu uygun konuma getirmek (örneğin tek taraflı yarıklarda yarık kenardan uzağa)
- Bebeğin hareketleri ve reaksiyonlarına göre süt veya mamanın akış hızını ayarlamak
- Aşırı hava alımını ve bebeğin yorgunluğunu önlemek için, beslenme süresini sınırlamak (beslenmenin 30 dakikadan fazla olmaması)

Dudak-damak yarığı olan yeni doğanda, emme fonksiyonuna destek olmak amacı ile protetik olarak beslenme plakları kullanılabilir. Beslenme plakları, ağız ve burun boşluğunu birbirinden ayırarak emme işleminin doğru olarak yapılmasını sağlar. Ayrıca bebekler kaşıkla da beslenebilir. Beslenme sırasında çok fazla hava yutan bebekten, beslenme sonrasında gaz çıkartılmasına dikkat edilmelidir. Dudak ve damak yarıkları havayolu ile ilişkili yapıları da etkileyen doğumsal bozukluklardır. Üst solunum yollarının sürekli gıda aspirasyonu ile irrite edilmesi, bebeğin üst solunum yolu enfeksiyonlarına karşı daha yatkın hale gelmesine neden olmaktadır.^{10,36} Dudak ve damak yarığı olan bebeklerde, hava yolunun açık tutulması için bebek yüzükoyun ve/veya yan yatırılmalıdır. Bu çocuklarda işitme kaybı riski de yüksektir.³⁷ Ayrıca, orta kulak iltihapları da sık görüldüğü için anne bu konuda bilgilendirilmeli ve bebekte işitme kaybının engellenmesi için gerekli uzmanlara yönlendirilmelidir.¹⁰

Dudak-damak yarıklarının, çocuk ve ailenin hayatında yarattığı etkiler ve uzun dönemli tedavi süreci önemli bir stres kaynağı olabilir. Dudak-damak yarığı olan çocukların aileleri bebek beslenmesi, tedavi süreci ve çocuklarının yüz görünüşleri hakkında stres yaşayabilir.³⁸ Yüz görünümü ve konuşmada yaşanan problemler, dudak-damak yarıklı çocukların sosyal olarak topluma açılmalarında çeşitli sorunları beraberinde getirir. Yüzlerindeki estetik olmayan görünüşlerinden dolayı sosyal izolasyon, konuşmada güçlük, öğrenmede güçlük ve kendine güvende yetersizlik gibi problemler yaşayabilirler.³⁹ Konuşma gücü, ergenliğe ve yetişkinliğe kadar devam edebilir. Bu durum eğitim, sosyal ve mesleki ortamlarda bireylerin benlik saygısını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, bu anomaliye sahip olan çocukların dış görünüşlerini düzeltmek için yapılan operasyonların yanı sıra, psikososyal yapıları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Dudak-damak yarıklı birey ve ailesi, başkalarının tepkilerinden kaynaklanan sorunlara (öz güven eksikliği, yetersiz benlik algısı, depresyon, anksiyete, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme güçlüğü) ve görünüşlerine bağlı olarak alaya, zorbalığa ve ayrımcılığa maruziyet sonucu kırılabilirler. Dudak-damak yarığı olan hastanın tedavi hedeflerinin gerçekleştirilmesi için, hem hasta, hem de ailenin psikososyal gereksinimlerinin periyodik olarak değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme, sosyal hizmet, psikoloji, pediatri, hemşirelik ve psikiyatri gibi mesleklerin, sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilebilir. Psikososyal görüşmeler, ebeveynlerin yetkinliğini, çocuk bakımındaki becerilerini, çocukla olan ilişkilerini ve çocuğun duygusal ve davranışsal durumunu değerlendirmek amacıyla periyodik olarak yapılmalıdır. Çocuk ve gençlerin, stresli sosyal durumların üstesinden gelmeyi öğrenmelerine yardımcı olmak için, sosyal beceri eğitim programları da mevcut olmalıdır. Çocuklara, büyüdükçe anomalileri hakkında bilgi verilmeli ve tedavi planlamasında aktif katılımcı olmaları sağlanmalıdır.¹¹

Aileler tarafından gösterilen, tutum, destek ve ailelerin beklentileri, çocuğun bu anomaliyi algılamasında önemli etki yaratmaktadır. Birinci basamak çalışanları, daha önce tedavi edilmiş yarıklı dudak-damak deformiteli çocukların aileleri ile tedavi sürecinde olan ailelerin görüşmelerini sağlamak için, aileleri yönlendirmelidir. Destek grupları ve ağ oluşturma yoluyla diğer çocuklar ve aileler ile temasa geçmeyi kolaylaştırmalıdır. Ayrıca, dudak-damak yarıklı çocuklar büyüdükçe, sorunlarda onlarla birlikte büyüyebilir ve toplum tarafından hatta anne babaları tarafından dışlanmayla karşılaşabilirler. Dudak-damak yarığı olan bir çocuğun, aileye kabul edilmesi zor olabilir. Uygun yaklaşımlarla, bu çocukların damgalanmayla karşılaşmadan yaşamlarını sürdürmeleri için gerekli girişimler yapılmalıdır. Dudak-damak yarığı olan çocuğun rehabilitasyonunda aile yaklaşımı önemlidir. Onlar tarafından gösterilen tutum, çocuğun bu anomaliyi algılamasında büyük etki yaratmaktadır. Bu çocuklara aileler, daha toleranslı ve daha anlayışlı davranmalıdır.^{11,40}

Dudak-damak yarıklı birey ve ailenin psikolojik ve sosyal iyilik hali, kültürel ve dini inançlara göre değişiklik gösterebilir. Bazı toplumlar, dudak-damak yarıklı çocuk dünyaya getirmenin nedenini açıklarken, kültürel ve dini inançlarını yansıtmaktadır. Örneğin, bu toplumlar geçmiş günahlar için cezalandırıldıklarını veya gebelik sırasında meydana gelen güneş tutulmasının bu anomaliye neden olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle, kültürel inançlar ailenin tedavi arayışı hakkındaki kararlarını etkilemektedir. Dudak-damak yarıklarının "Kader" veya "Tanrı'nın isteği" olduğuna inanan kişiler, tedaviyi başka şekillerde

arayabilir.^{41,42} Birinci basamak sağlık çalışanları, kültürel farklılıkları anlamalı ve hizmet sunarken ailenin inanç ve değerlerine dikkatle bakmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dudak-damak yarıkları, hem psikolojik, hem de fiziksel sorunlara neden olduğu için ciddi bir doğumsal defektir. Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri, risk altındaki bireyleri belirlemek için, üreme riskleri ve sağlığı geliştirme davranışları hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Sahip oldukları bilgiler doğrultusunda, bireyleri erken dönemde bilgilendirmelidir. Ayrıca, dudak-damak yarıklı çocukların bakımında, dikkat edilmesi gereken önemli noktaların başında gelen beslenme, hava yolunun açık tutulması, ortakulak hastalıkları ve eşlik edebilecek diğer anomalilerin ortaya çıkışını önlemede ailelere danışmanlık yapmalıdır. Tedavi sürecinde bireylere yol gösterici olmalıdır.

Dudak-damak yarıklarının, toplumda en sık görülen konjenital anomalilerden biri olduğu gerçeğinden yola çıkarak, üzerine eğilimesi gereken bir durum olduğu unutulmamalıdır. Özellikle, önlenemez nedenlerden kaynaklanan dudak-damak yarıklarının görülme oranı, etkili birinci basamak yaklaşımları ile azaltılabilir. Ayrıca, birinci basamak çalışanları dudak-damak yarıklı olan birey ve ailesi ile iletişim kurmalı ve komplikasyonların önlenmesine yönelik eğitimler vermelidir. Bireylerin izlemlerinin sağlanması, sağlık hizmeti almaları için yönlendirilmesi, desteklenmesi, haklarının savunulması ve disiplinler arası bir ekibin ayrılmaz parçası olarak hizmet verilmesi, birinci basamak çalışanları tarafından sürdürülmelidir. Dudak-damak yarıklarının ve olumsuz sonuçlarının önlenmesi için danışmanlık verilmesi gerekmektedir. Ayrıntılı olarak danışmanlık verilmesi, hem dudak-damak yarıklarının önlenmesinde, hem de tedavinin başarısında önemlidir. Böylece aile sağlığı yükselecek ve iyi oluşluk hali sürdürülecektir.

Çıkar Çatışması: Bu derlemenin hazırlanmasının herhangi bir aşamasında, çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

KAYNAKLAR

1. Vanderas AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. *Cleft Palate J.* 1987;24:216-225.
2. Hoşnuter M, Aktunç E, Kargı E, Ünalacak M, Babuççu O, Demircan N, et al. Yarıklı damak dudak aile rehberi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2002;9:9-13.
3. Tunçbilek G, Özgür F, Balcı S. 1299 yarıklı dudak damak hastasında görülen ek malformasyon ve sendromlar. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2004;47:172-176.

4. Mccarthy JG, Cutting CB, Hogan VM. Introduction to facial clefts. In: Mccarthy JG, editors. *Plastic Surgery*. 3d ed.: WB Saunders, Philadelphia. 1990;2437-2450.
5. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, & Shaw WC. Cleft lip and palate. *The Lancet*. 2009;374, 1773–1785.
6. Larsen PE. Reconstruction of the alveolar cleft. In *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*. 2nd ed (Ed M Miloro). New York: 2004;859-70.
7. Fraser GR, Calnan JS. Cleft lip and palate: seasonal incidence, birth weight, birth rank, sex, site, associated malformations and parental age: A statistical survey. *Arch Dis Child*. 1961;36:420-423.
8. Botto LD, Moore CA, Khoury MJ, Erickson JD. Review article neural tube defects. *N Engl J Med - Medical Progress*. 1999;341: 1509-1519.
9. Coleman JR, Sykes JM. The embryology, classification, epidemiology, and genetics of facial clefting. *Facial Plast Surg Clin North*. 2001;9(1):1-13.
10. Anastassov GE, Joos U. Comprehensive management of cleft lip and palate deformities. *J Oral Maxillofac Surg Sep*. 2001;59(9):1062-1075.
11. <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942918§ion=Treatment>
Erişim Tarihi: 25.06.2007
12. Brailsford J, Smith DD, Lizarraga AK, Bermudez LE. Surgical management of patients with cleft palate. *OR Nurse Journal*. 2010;16-24.
13. Brito LA, Castro Meira JG, Kobayashi GS, & Passos-Bueno MR. Genetics and management of the patient with orofacial cleft. *Plastic Surgery International*, 2012.
14. Kuijpers-Jagtman AM, Borstlap-Engels VM, Spauwen PH, Borstlap WA. Team management of orofacial clefts. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2000;107:447-451.
15. Binbaş HM. Dudak-damak yarıkları ve bilateral dudak damak yarıklı hastalarda uygulanan tedaviler. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı. Bitirme Tezi*. 2015, İzmir.
16. LaRossa D. The state of the art in cleft palate surgery. *Cleft Palate Craniofac J*. 2000;37(3):225-228.
17. Tümer, M. Kliniğimizde yarık dudak damak cerrahisi sonrasında anestezi sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi*. 2013, Ankara.
18. Uskun E. Akraba Evlilikleri, *STED* 2001;10:54-56.
<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/4.html>,
Erişim Tarihi: 15.12.2016.
19. Wyszynski DF, Zeiger J, Tilli MT, Bailey-Wilson JE, Beaty TH. Survey of genetic counselors and clinical geneticists regarding recurrence risks for families with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. *Am J Med Genet*. 1998;23,79(3):184-190.
20. Apak MY. Tıbbi genetik ve genetik hastalıklar, İçinde: *Pediyatri (Neyzi O, Ertuğrul T) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi*. 2010;150-189.
21. Demir N. Antenatal bakım kılavuzu. *Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Ankara: Güneş Kitabevi. 2005;1-35.
22. Rajesh P, Rajesh R, Narayanan V, Baig MF, Prabhu VR, Venkatesan A. A clinical profile to assess the potential risk factors for cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2000;18(4):147-150.
23. Yıldırım Sarı H, Yenal K, Yılmaz M. Gelişimsel yetersizlik ve perinatal dönemde önlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014; 2(1):72-83.
24. Carmichael SL, Shaw GM, Yang W et al. Correlates of intake of folic acid-containing supplements among pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194: 203-210.
25. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014. sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/risgebyo_nreh.pdf. Erişim Tarihi: 15.12.2016.
26. Tolarova M, Harris J. Reduced recurrence of orofacial clefts after periconceptional supplementation with high-dose folic acid and multivitamins. *Teratology*. 1995;51:71-78.
27. Akan N. Nöral tüp defektli bebek doğurma riski azaltılabilir. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002;6(1):42-48.
28. Yıldız D, Akbayrak N. Nöral tüp defektleri ve önlemede hemşirelik yaklaşımları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;1(2):102-111.
29. Akkoca AN, Kurt RK, Karapınar OS, Özler S, Özer C. Folic acid use and knowledge about among women in reproductive age. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;8(2):35-38.
30. Somunkıran A, Arıcan AE, Yücel O. Düzce yöresindeki gebelerde folik asit kullanımını etkileyen faktörler. *TJOD*. 2007;4(1):33-36.
31. Eroğlu Albayrak, G. ve Esenlik E. Dudak damak yarığı etyolojisinde genlerin ve çevre etkileşiminin rolü. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg*. 2015;177-189.
32. Shprintzen RJ. The implications of the diagnosis of Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J*. 1992;29(3):205-209.
33. Saunders ID, Geary L, Fleming P, Gregg TA. A simplified feeding appliance for the infant with

- cleft lip and palate. *Quintessence Dec.* 1989;20(12):907-910.
34. Dailey S. Feeding and swallowing management in infants with cleft and craniofacial anomalies. *Perspectives on Speech Science and Orofacial Disorders.* 2003;23:62-72.
 35. Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP. & Hardin-Jones MA. *The clinician's guide to treating cleft palate speech.* St. Louis, MO: Mosby. 2016.
 36. Sağlam Aydınatay B, Taner T, Görücü Coşkun H, Aksu M, Özgür FF. Dudak damak yarıklı hastalarda obstrüktif uyku apnesi sendromu riskinin değerlendirilmesi, 3. Uluslararası Dudak Damak Yarıkları Kongresi, Konya. 2016;34-35.
 37. Flynn T, Möller C, Jönsson R, Lohmander, A. The high prevalence of otitis media with effusion in children with cleft lip and palate as compared to children without clefts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2009;73:1441-1446.
 38. Pelchat D, Richard N, Bouchard JM ve ark. Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child Care Health Dev.* 1999;25:377-397.
 39. Marcusson A, Paulin G, Ostrup L. Facial appearance in adults who had cleft lip and palate treated in childhood. *Scand J Plastic Reconst Hand Surg.* 2002;36: 16-23.
 40. Turner SR, Rumsey N, Sandy JR. Psychological aspects of cleft lip and palate. *European Journal of Orthodontics.* 1998;20:407-415.
 41. Loh J, Ascoli M. Cross-cultural attitudes and perceptions towards cleft lip and palate deformities. *World Cultural Psychiatry Research Review,* 2011;6:127–134.
 42. Mednick L, Snyder J, Schook C, Blood EA, Brown SE, & Weatherley-White RCA. Causal attributions of cleft lip and palate across cultures. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal,* 2013;50:655–661.